

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА АДАПТОВАНOSTI ДО ЗАХВОРЮВАННЯ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ОСТЕОАРТРОЗОМ

*І.С. Лебець<sup>1</sup>, Г.В. Летаго<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, Харків, Україна

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

### РЕЗЮМЕ

Вивчено психологічні особливості та активність регуляторних систем підлітків, хворих на остеоартроз, що розвинувся на тлі гіпермобільного синдрому (основна група) і пацієнтів із гіпермобільним синдромом без ознак остеоартрозу (група порівняння). Встановлено, що в основній групі частіше визначаються окремі «чисті» типи ставлення до хвороби переважно «адаптивного блоку», емоційна нестабільність та середній рівень стресу. В групі порівняння частіше спостерігалися «змішані» типи ставлення до хвороби і високий рівень емоційного стресу. Показник активності регуляторних систем не відрізнявся між групами підлітків, але зі збільшенням тривалості остеоартрозу знижувався, що вказує на формування поступової адаптованості до захворювання.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** остеоартроз, підлітки, психологічні особливості, активність регуляторних систем

За статистичними даними країн усього світу остеоартроз (ОА) є однією з найбільших соціальних, економічних та психологічних проблем. У формуванні останньої певне значення має наявність у хворих постійного больового синдрому, обмеження повсякденної активності. Визначається, що порушення рухливої активності у суглобах різного ступеня вираженості спостерігаються у 80% дорослих із ОА, а 25% хворих неспроможні виконувати звичайну домашню роботу. Економічні питання стосуються не тільки хворого на ОА, його сім'ї, але й усього суспільства також, і обумовлені витратами на лікування, реабілітацію, утриманням за рахунок державних коштів неспроможних обслуговувати себе пацієнтів.

Звертає на себе увагу той факт, що за останні декілька десятиріч поширеність ОА значно зросла. Зазначена тенденція спостерігається й на наш час. Прогнозується, що до 2020 року близько 60% населення усього світу буде страждати на ОА. Це пов'язують зі збільшенням відсотка людей похилого віку на тлі зниження народжуваності, бо саме похилий вік є основною віковою категорією, в якій перш за все розвивається ОА. Проте спостерігається загрозлива тенденція щодо формування даного захворювання й в осіб молодше 45 років, що в подальшому призводить до більш раннього вікового вилучення їх з трудового процесу. Тому однією з найважливіших проблем ОА є його первинна профілактика та діагностика на ранніх етапах розвитку для своєчасного призначення адекватного лікування, що попередить прогресування захворювання і сприятиме розв'язанню частки соціальних, економічних, психологічних питань.

Робота виконувалася відповідно до планів

науково-дослідних робіт Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України в рамках теми «Вивчити особливості дебюту остеоартрозу у підлітків з урахуванням ключових механізмів формування захворювання» (шифр АМН 24/05, № держреєстрації 0105U002437).

В основу розвитку ОА покладають руйнування суглобового хряща. Клінічно цей процес супроводжується постійним больовим синдромом, обмеженням рухів. Встановлено, що часті артралгії в уражених суглобах можуть не тільки знижувати їх рухливу активність, але й призводити до різних психологічних порушень у пацієнтів. За даними Михайлової Г.Є., у дорослих із ОА, відбуваються значні психогенні зсуви [1]. Дослідники визначають, що у хворих на ОА досить часто спостерігається депресивний стан завдяки вираженому болю та неспроможності виконувати свої функції [2, 3].

Відомо, що важливими чинниками ризику розвитку ОА є жіноча стать, заняття спортом, травми, а також гіпермобільний синдром (ГМС). Встановлено, що в підлітковому віці деструктивний процес часто розвивається саме на тлі ГМС [4]. На сьогодні гіпермобільність суглобів (ГС) визначена приблизно у 27% населення світу. Вона передусім обумовлена гіперрозтягненістю та неповноцінністю синтезу колагену і аномалією колагенових структур. Здебільшого ГС клінічно мало проявляється, але в деяких випадках виникають артралгії, розтягнення та порушення цілісності зв'язок, звивихи, досить часті травми, крововиливи у суглоб. Зазначені симптоми можуть з'являтися навіть при найменшій фізичній нарузі, тобто при ГМС формуються умови для постійного емо-

ційного навантаження. В останні часи досить активно обговорюються питання щодо внеску ГМС у розвиток ОА. Вважається, що збільшена амплітуда рухів у суглобах при ГМС може сприяти появі початкових ознак ОА за рахунок розбалансованості суглобової системи, порушення конгруентності суглобових поверхонь кісток та неправильного розподілу навантаження. В деяких роботах дослідники звертають увагу на те, що ГМС супроводжується змінами у вегетативному гомеостазі, що є досить актуальним особливо при ОА, бо вегетативна нервова система (ВНС) впливає на кровопостачання суглобової системи через регулювання судинного тону та робить значний внесок у підтримання адекватного складу синовіальної рідини. Окрім цього зміни у вегетативному гомеостазі можуть мати зв'язок зі ступенем емоційного напруження людини [5].

Науково-дослідні розробки щодо визначення значущості особливостей особистості та ВНС у формуванні ОА, до нашого часу не проводилися.

Мета даного дослідження – удосконалення діагностики ОА у підлітків на підставі уточнення їх психологічних особливостей та психологічної адаптованості на тлі різної тривалості хвороби.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під наглядом знаходилося 120 підлітків 14-18 років; 100 хворих на ОА, що розвинулися на тлі ГМС, склали основну групу, а 20 пацієнтів із ГМС без ОА – групу порівняння. Діагноз ОА встановлювався з урахуванням МКХ – 10 і критеріїв РЗ [6]. Рентгенологічні зміни у суглобах відповідали I – II ступеню за класифікацією Kellgren. За статтю підлітки розподілялися наступним чином: в основній групі хлопців було 29, дівчат – 71, в групі порівняння відповідно 11 і 9. Тривалість ОА у середньому склала  $3,1 \pm 0,12$  роки. Виділено групу хворих з наявністю клінічних та рентгенологічних ознак ОА до 1 року (дівчат – 30 осіб, хлопців – 13) та групу підлітків з клініко-рентгенологічними проявами хвороби більше 1 року (дівчат – 41 особа, хлопців – 16). Найчастіше патологічний процес визначався в колінних суглобах (86,0%). Хворі з тривалістю ОА до 1 року скаржилися на артралгії, які виникали тільки після надмірних фізичних навантажень. При збільшенні тривалості ОА артралгії турбували хворих також при спусканні зі сходів і наприкінці дня (78,9%). Серед останніх у 61,4% осіб спостерігалася короткочасна тугорухливість у суглобах. У більшості підлітків мало місце хрускотіння у суглобах

(87,7%) та метеозалежність (73,7%).

Психологічне обстеження підлітків включало у себе визначення типів ставлення до хвороби за допомогою тесту «Типы отношения к болезни» (ТСХ) [7], акцентуацій характеру за допомогою «Патохарактерологического опросника для подростков» (ПДО) за А.Е. Личко [8], рівня нейротизму за тестом Айзенка [9] та особистісної тривожності за восьмикольоровим тестом Люшера [10]. Оцінка результатів досліджень проводилася за загальноприйнятими методиками для кожного із тестів.

Стан вегетативної нервової системи вивчали за оцінкою варіабельності серцевого ритму (ВСР) з використанням комп'ютерної діагностичної системи «Cardiolab+» (ХАІ-медика) [11] і вираховували показник активності регуляторних систем (ПАРС, бали) за Р.М. Баєвським [12].

Статистичну обробку отриманих (середнє значення  $M$ , його помилка ( $m$ ), достовірність ( $p$ ) різниць між групами за кутовим перетворенням Фішера та критерієм Ст'юдента) результатів проводили за допомогою пакетів програм Microsoft Excel 2003 для Microsoft Windows XP Professional.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів тесту «Тип отношения к болезни» (табл. 1) дозволив встановити, що для пацієнтів із ОА більш характерні конкретні окремі ТСХ (71,0%). Переважно це були типи з «адаптивного блоку» – ергопатичний ( $P$ , 36,6%), анозогнозичний ( $З$ , 25,4%) та гармонійний ( $Г$ , 22,5%). В групі порівняння навпаки частіше визначалися «змішані» ТСХ ( $p < 0,01$ ), а серед «чистих» діагностувалися лише  $Г$  (у дівчат) і  $P$  (у хлопців).

Дівчата, хворі на ОА, ставилися до свого захворювання більш об'єктивно ніж хлопці. На це вказувала більша кількість «чистих» ТСХ ( $p < 0,001$ ). Здебільшого вони розуміли, що хворі, але намагалися відволіктися від думок про хворобу ( $P$ , 40,4%). Хлопці переважно взагалі відкидали будь-які думки про ОА ( $З$ , 36,8%). В той же час, як серед дівчат, так і серед хлопців були підлітки, які адекватно оцінювали свій стан, без зменшення або перевищення його тяжкості ( $Г$  тип). Тривалість ОА у дівчат майже не вплинула на їх відношення до хвороби. Проте хлопці із збільшенням тривалості ОА, як і дівчата, починають розуміти, що вони хворі. Деяка частина з них маскує хворобу надмірною працею ( $P$ , 33,3%), а деяка адекватно до неї ставиться ( $Г$ , 33,3%).

Акцентуації характеру (АХ) за даними тесту ПДО, визначалися у 94,0% пацієнтів,

хворих на ОА (табл. 2).

Таблиця 1

Типи ставлення до хвороби у підлітків, хворих на остеоартроз, та із гіпермобільним синдромом

Групи хворих	Стать Тривалість хвороби		Стат. показн.	«Чисті» типи					«Змішані» типи
				Усього	Г	Р	З	інші	
Основна група	Усього (n=100)		n %±p	71 71,0±4,5	16 22,5±4,9	26 36,6±5,7	18 25,4±5,2	11 15,5±4,3	29 29,0±4,5
	Дівчата	Усього (n=71)	n %±p	52 73,2±5,3	12 23,1±5,8	21 40,4±6,8	11 21,2±5,7	8 15,4±5,1	19 26,8±5,3
		До 1 року (n=30)	n %±p	25 83,3±6,8	5 20,0±8,2	10 40,0±10,0	6 24,0±8,7	4 16,0±7,5	5 16,7±6,8
		Більше 1 року (n=41)	n %±p	27 <sup>***</sup> 65,9±7,4	7 25,9±8,6	11 40,7±9,6	5 18,5±7,6	4 14,8±6,9	14 34,1±7,4
	Хлопці	Усього (n=29)	n %±p	19 <sup>***</sup> 65,5±8,9	4 21,1±9,6	5 26,3±10,4	7 36,8±11,4	3 15,8±8,6	10 34,5±8,9
		До 1 року (n=13)	n %±p	7 <sup>***</sup> 53,8±14,4	-	1 14,3±14,3	5 71,4±18,5	1 14,3±14,3	6 46,2±14,4
		Більше 1 року (n=16)	n %±p	12 <sup>***</sup> 75,0±11,2	4 33,3±14,2	4 33,3±14,2	2 16,7±11,3	2 16,7±11,3	4 25,0±11,2
	Група порівняння		n %±p	7 35,0±10,9	3 42,9±20,2	4 57,1±20,2	-	-	13 <sup>**</sup> 65,0±10,9
Група порівняння	Дівчата (n=9)		n %±p	3 33,3±16,7	3 <sup>***</sup> 100,0	-	-	-	6 <sup>***</sup> 66,6±16,7
	Хлопці (n=11)		n %±p	4 36,4±15,2	-	4 <sup>***</sup> 100,0	-	-	7 <sup>***</sup> 63,6±15,2

Примітки: типи ставлення до хвороби: Г – гармонійний, Р – ергопатичний, З – анозогнозичний; \*\*p<0,01 – розбіжності між показниками у пацієнтів основної групи та групи порівняння; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у хлопців основної групи та групи порівняння; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у дівчат та хлопців основної групи; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у дівчат основної групи та групи порівняння; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у хлопців із тривалістю ОА до 1 року і більше 1 року; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у дівчат із тривалістю ОА до 1 року і більше 1 року.

Таблиця 2

Типи акцентуацій характеру у підлітків, хворих на остеоартроз, та із гіпермобільним синдромом

Групи хворих	Стать Тривалість хвороби		Стат. показн.	«Чисті» типи							«Змішані» типи
				Усього	І	Е	Л	Г	Ш	П	
Основна група	Усього (n=94)		n %±p	69 <sup>***</sup> 73,4±4,6	16 23,2±5,1	14 20,3±4,8	14 20,3±4,8	4 5,8±2,8	5 7,2±3,1	8 11,6±3,9	25 26,6±4,6
	Дівчата	Усього (n=67)	n %±p	51 76,1±5,2	14 27,5±6,3	11 21,6±5,8	12 23,5±5,9	3 5,9±3,3	1 1,9±1,9	6 11,8±4,5	19 23,9±5,2
		До 1 року (n=25)	n %±p	19 76,0±8,7	6 31,6±10,9	5 26,3±9,4	4 21,1±9,6	-	-	1 5,3±3,3	6 24,0±8,7
		Більше 1 року (n=42)	n %±p	32 <sup>***</sup> 76,2±6,6	8 25,0±7,6	6 18,8±6,9	8 25,0±7,6	3 9,4±5,2	1 3,1±3,1	5 15,6±6,4	13 23,8±6,6
	Хлопці	Усього (n=27)	n %±p	18 <sup>***</sup> 66,7±9,2	2 11,1±7,6	3 16,7±9,1	2 11,1±7,6	1 5,6±5,6	4 22,2±10,1	2 11,1±7,6	9 33,3±9,2
		До 1 року (n=11)	n %±p	9 <sup>***</sup> 81,8±12,2	1 11,1±11,1	-	1 11,1±11,1	1 11,1±11,1	1 11,1±11,1	2 22,2±14,7	3 33,3±16,7
		Більше 1 року (n=16)	n %±p	9 56,3±12,8	1 11,1±11,1	3 33,3±16,7	1 11,1±11,1	-	3 33,3±16,7	-	7 43,7±12,8
	Група порівняння		n %±p	16 80,0±9,2	5 31,3±11,9	9 <sup>*</sup> 56,3±12,8	2 12,5±8,5	-	-	-	4 20,0±9,2
Група порівняння	Дівчата (n=9)		n %±p	7 <sup>***</sup> 77,8±14,7	4 57,1±20,2	0 14,3±14,3	2 28,6±18,4	-	-	-	2 28,6±18,4
	Хлопці (n=11)		n %±p	9 <sup>***▲</sup> 81,8±12,2	1 <sup>▲▲</sup> 11,1±11,1	8 <sup>***</sup> 88,9±11,1	-	-	-	-	2 18,2±12,2

Примітки: типи акцентуацій характеру: І – істероїдний, Е – епілептоїдний, П – паранояльний, Г – гіпертимний, Ш – шизоїдний, Л – лабільний; \*\*\*p<0,001, \*p<0,05 – розбіжності між показниками у хворих основної групи та групи порівняння; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у хлопців основної групи та групи порівняння; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у дівчат та хлопців основної групи; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у дівчат основної групи та групи порівняння; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у хлопців із тривалістю ОА до 1 року і більше 1 року; \*\*\*p<0,001 – розбіжності між показниками у дівчат із тривалістю ОА до 1 року і більше 1 року; ▲p<0,001, ▲p<0,01 – розбіжності між показниками у дівчат та хлопців групи порівняння.

В основній групі переважно мали місце «чисті» АХ (73,4%). Серед них найбільш частими були: істероїдний тип АХ (І, 23,2%), лабільний (Л, 20,3%), епілептоїдний (Е, 20,3%),

психастенічний (П, 11,6%), шизоїдний (Ш, 7,2%) та гіпертимний (Г, 5,8%). Досить рідкими були й інші типи АХ (11,6%). Встановлено, що дівчата більш схильні до емоцій-

ного забарвлення поведінки у вигляді намагання привернути увагу оточуючих і близьких до себе (*I*, 27,5%, та *Л*, 23,5%, типи), або до роздратування з найменших причин (*Е*, 21,6%). Особливості характеру осіб чоловічої статі переважно проявлялися замкненістю у собі (*Ш*, 22,2%), агресивністю (*Е*, 16,7%). Великі плани на майбутнє (*Г* тип) та тривожність стосовно нього (*П* тип) мали місце серед осіб обох статей. З часом збереження клінічних ознак ОА у дівчат суттєво не змінило їх характер, а у хлопців додалося роздратування (*Е*, 33,3%). В групі порівняння АХ встановлені у всіх досліджуваних. Серед них переважали «чисті» типи АХ, а саме – *Е* тип (56,3%). В цій групі дівчатам були більш притаманні ознаки *I* типу, а хлопцям – *Е* типу АХ.

Визначені в процесі дослідження у пацієнтів з ОА постійні зміни настрою, ігнорування хвороби або її маскуванню справами, агресивність та роздратованість можуть бути ознаками емоційної нестабільності.

За даними опитувальника Айзенка, нейротизм визначався в обох групах. У хворих на ОА емоційна невідношеність діагностувалася у 33,0% випадків. Причому її рівень у середньому становив  $19,1 \pm 4,0$  балів. Слід зазначити, що дівчата були більш схильні до проявів нейротизму ніж хлопці (38,1% проти 20,7%,  $p < 0,05$ ). Така тенденція спостерігалася і з часом, незважаючи на те, що у дівчат із ознаками ОА більше року частота нейротизму знижувалася (з 46,7% до 31,7%), а у хлопців – підвищувалася (з 15,4% до 25,0%).

В групі порівняння емоційна нестабільність мала місце у 65,0% досліджуваних. Встановлено, що його частота була вищою у дівчат ніж у хлопців (77,8% проти 54,5%,  $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що в групі пацієнтів із ГМС без ознак ОА як серед дівчат (77,8% проти 38,1%,  $p < 0,001$ ), так і серед хлопців (54,5% проти 20,7%,  $p < 0,05$ ) нейротизм виявлявся частіше, порівняно із хворими основної групи.

Тривалий перебіг захворювання, стійкий больовий синдром можуть сприяти формуванню хронічного стресу, який, за даними тесту Люшера, у хворих основної групи і в групі порівняння діагностувався в більшості випадків.

У всіх пацієнтів рівень емоційного стресу розподілявся на низький, середній та високий. Дуже високий рівень тривожності в жодній групі підлітків не спостерігався. Аналіз даних тесту Люшера дозволив встановити, що у підлітків із ОА частота емоційного стресу була нижче ніж в групі підлітків із ГМС без ознак ОА (77,0% проти 80,0%,  $p <$

0,001). Загалом хворим основної групи переважно притаманний середній рівень стресу як у дівчат (64,3%), так і у хлопців (63,6%). Високий рівень стресу в цій групі визначався у 20,8% хворих, а низький – у 14,1%. Зі збільшенням тривалості ОА суттєвих зсувів у частоті стресу у дівчат не відбувалося (65,5% та 65,7% відповідно). Проте у хлопців мало місце збільшення частоти середнього рівня стресу (з 50,0% до 71,4%,  $p < 0,001$ ).

В групі порівняння як у дівчат (71,4%), так і у хлопців (55,5%) спостерігався здебільшого високий рівень стресу, причому його частота була вищою у осіб жіночої статі ( $p < 0,001$ ).

Важливим індикатором стану здоров'я, психологічної адаптованості є значення ПАРС, який відображає неспецифічну реакцію організму на стресову ситуацію. На підставі даних ПАРС встановлюються різні функціональні стани: оптимальне, помірне, виражене напруження регуляторних систем (РС), перенапруження та виснаження РС.

У підлітків основної групи та групи порівняння ПАРС відповідав помірному напруженню РС ( $3,8 \pm 0,14$  та  $3,8 \pm 0,12$  бали відповідно), що характеризується необхідністю в додаткових функціональних резервах для адаптації організму до оточуючого середовища. Переважно такий рівень напруження РС формується на тлі емоційного стресу. У цілому в залежності від статі різниць у значенні ПАРС не було ( $3,8 \pm 0,14$  у дівчат і  $3,6 \pm 0,12$  у хлопців). Проте при тривалому перебізі ОА мала місце тенденція щодо зниження результатів цього показника як у дівчат (з  $4,1 \pm 0,14$  до  $3,7 \pm 0,14$ ,  $p < 0,05$ ), так і у хлопців (з  $3,8 \pm 0,1$  до  $3,3 \pm 0,08$ ,  $p < 0,01$ ). В групі порівняння значення ПАРС було значно вищим у дівчат ніж у хлопців ( $4,0 \pm 0,12$  проти  $3,7 \pm 0,08$ ,  $p < 0,05$ ). В залежності від статі суттєвих різниць в значеннях показника ПАРС між хворими основної групи та групи порівняння не виявлено.

Таким чином, дані нашого дослідження свідчать, що клінічні ознаки ОА, переважно больовий синдром, сприяли формуванню хронічного стресу, який з психологічної точки зору, проявлявся своєрідним ставленням до хвороби, акцентуаціями характеру, нейротизмом. Мали місце статеві відмінності. Так, хлопці на відміну від дівчат відкидають думки про хворобу і в якійсь мірі це можна пов'язати з тим, що біль у них носить випадковий характер. Порівняно з хлопцями розвиток ОА більш впливає на дівчат і у них частіше визначаються зсуви у психологічній сфері та середній рівень стресу. При збільшенні тривалості ОА відмічається тенденція щодо поступового звикання дівчат до

наявності захворювання і частка такого рівня стресу та емоційної нестабільності зменшується, навпроти, хлопці з часом тільки починають розуміти, що вони хворі і у них збільшується частота стресу.

В групі пацієнтів із ГМС без ознак ОА переважно формувалося неоднозначне ставлення до стану свого опорно-рухового апарату. Як правило, підлітки не можуть пристосуватися до негативних клінічних симптомів ГМС, які доволі часто проявляються непередбаченим падінням, травмами. Саме цим фактором і пояснюється визначення у значної кількості таких досліджуваних нейротизму та стресу високого рівня. Однак, постійний, протягом життя, контроль за правильністю рухів в зв'язку з розбалансованістю суглобів, необхідністю бути обережними при русі, призводить до звикання до хвороби і в результаті чого рівень стресу знижується у підлітків з ОА на тлі ГМС. На це вказує те, що частота нейротизму та рівень стресу у пацієнтів із ОА були нижчими ніж в групі підлітків із ГМС без ознак ОА. Ми також встановили, що стрес впливав не тільки на психологічні особливості особистості, але й на активність регуляторних систем. Деякі дослідники зазначають [13,14], що однією з перших на стрес реагує симпатична ланка ВНС. За результатами нашого дослідження, встановлено, що як при ГМС, так і в разі ОА на тлі ГМС має місце реакція з боку ВНС на рівні помірного напруження регуляторних систем (ПАРС до 4 балів). Причому за наявністю у пацієнтів ГМС без ознак ОА ця реакція була більш вираженою ніж у хворих на ОА на тлі ГМС. Визначено, що в обох групах значення ПАРС було вищим у дівчат. В основній групі при збільшенні тривалості хвороби, вегетативне забезпечення характеризувалося зниженням активності регуляторних систем, що відображало можливу адаптацію до захворювання.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Михайлова А.Е. Протопопова Р.Н., Кривошапкин В.Г., и др. // Научно-практическая ревматология. - 2005. - № 2. - С. 11-14.
2. Семенів І.П., Головач І.Ю., Суліма В.С., и др. // Укр. ревматол. журнал. - 2004. - № 2. - С. 61-65.
3. Giuseppina M., Giardini A., Scotti A. // Health and Quality of Life Outcomes. - 2005. - Vol. 3. - P.1-8.
4. Лебець І.С., Костюріна Н.О., Матвієнко О.В., Летяго Г.В. // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. - 2004. - вип. 9. - № 639. - С. 60 - 63.
5. McCrarty R., Atkinson M., Tiller W.A., et al // Am.J.Cardiol. - 1995. -Vol. 76. - P. 1089-1093.
6. Коваленко В.Н., Шуба Н.М. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. -К.:ООО «Катран групп». - 2002. - 214 с.
7. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации. -Л. - 1987.- 21с.
8. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. - Санкт-Петербург. - 1992. - 36 с.
9. Бурлачук Л.Ф., С.М. Морозов. Словарь-справочник по психологической диагностике. -К.:«Наукова думка». - 1989. - 197 с.
10. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест: Практ. пособие. -М.:АСТ, Мн.:Харвест.- 2003.- 448 с.

## ВИСНОВКИ

1. Психологічне дослідження показало, що підлітки із ОА намагаються відволіктися від думок про хворобу за рахунок різних видів діяльності, наприклад, навчання. Особливо це стосується дівчат. Для осіб чоловічої статі на початковому етапі розвитку ОА більш характерне ігнорування захворювання. Проте при збільшенні тривалості ОА, підсиленні больового синдрому у хлопців визначається тенденція щодо формування схожих з дівчатами ТСХ.
2. Встановлено, що підліткам, хворим на ОА, притаманні риси істероїдності, агресивності, в деякій мірі – мрійливості. Окрім того, незалежно від статі, визначається емоційна нестабільність та середній рівень психологічного стресу.
3. В групі пацієнтів із ГМС без ознак ОА психологічні особливості характеризуються розвитком переважно агресивності у хлопців, у дівчат - істероїдності. Поряд з цим у осіб обох статей спостерігається високий рівень емоційного стресу.
4. Значення ПАРС підтверджують відхилення в емоційній сфері у пацієнтів як основної групи, так і групи порівняння. У дівчат рівень напруження регуляторних систем значно вищий ніж у хлопців. При тривалому перебізі ОА у осіб обох статей основної групи ПАРС знижується. Перспективним у розробці проблеми ОА в підлітків є встановлення зв'язку між психологічними особливостями, станом ВНС, мікроциркуляцією та ступенем деструктивних змін у хрящі, за даними рентгенологічного й ультразвукового досліджень, що дозволить доповнити лікувально-профілактичні заходи щодо вторинної профілактики захворювання – його прогресування.

11. Яблучанский Н.И., Мартыненко А.В., Исаева А.С. Основы практического применения неинвазивной технологии исследования регуляторных систем человека. - Харьков «Основа». - 2000. - 88 с.
12. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. // Ультразв. и функциональная диагностика. - 2001. - №1. - С. 108-127.
13. Передерій В.Г., Безюк М.М. // Український медичний часопис. - 2003. - № 6. - С. 65-69.
14. Steptoe A., Marmot M. // Eur. heart J. - 2002. - Vol. 23. - P. 13-25.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И АДАПТИРОВАННОСТИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ У ПОДРОСТКОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

*И.С. Лебедь<sup>1</sup>, А.В. Летаго<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, Харьков

<sup>2</sup>Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

---

### РЕЗЮМЕ

Изучены психологические особенности и активность регуляторных систем у подростков с остеоартрозом, который сформировался на фоне гипермобильного синдрома (основная группа) и у пациентов с гипермобильным синдромом без признаков остеоартроза (группа сравнения). Выявлено, что в основной группе наиболее часто определяются «чистые» типы отношения к болезни преимущественно «адаптивного блока», эмоциональная нестабильность и средний уровень стресса. В группе сравнения чаще отмечались «смешанные» типы отношения к болезни и высокий уровень стресса. Показатель активности регуляторных систем не отличался между группами подростков, но при увеличении длительности остеоартроза снижался, что указывает на формирование постепенной адаптированности к заболеванию.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** остеоартроз, подростки, психологические особенности, активность регуляторных систем

## THE CHARACTER OF PSYCHOLOGICAL FEATURES AND ADAPTABILITY TO THE DISEASE IN ADOLESCENTS WITH OSTEOARTHRISIS

*I.S. Lebedy<sup>1</sup>, A.V. Letyago<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Institute of Children and Adolescents Health Care at AMS of Ukraine, Kharkov

<sup>2</sup>V.N. Karazin Kharkov National University, Ukraine

---

### SUMMARY

Psychological features and regulatory systems activity have been studied in adolescents with OA which developed against the background of hypermobility syndrome (main group) and in patients with hypermobility syndrome without any signs of osteoarthritis (comparison group). It has been established that in the main group some "pure" types of attitude to the disease, mainly of "adaptive block", as well as emotional instability and mean level of stress are more frequent. In the comparison group "mixed" types of attitude to the disease and a high level of emotional stress are registered. The level of regulatory systems activity did not differ among the groups of adolescents but with an increase of osteoarthritis duration it decreased testifying to formation of gradual adaptability to the disease.

**KEY WORDS:** osteoarthritis, adolescents, psychological features, regulatory systems activity